HIGJIENA e DUARVE

në kujdesin shëndetësor

Prishtinë, 2010

HIGJIENA E DUARVE
në kujdesin shëndetësor

Lul Raka

Didier Pittet

Benedetta Allegranzi

Gertie van Knippenberg-Gordebeke

Autorë:

Dr. Lul Raka,
Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe
Fakulteti i Mjekësisë, Universiteti i Prishtinës
Prishtinë, Kosovë

Profesor Didier Pittet,
Drejtor i Programit për Kontroll të Infeksioneve,
Qendra Universitare Spitalore e Gjenevës dhe Fakulteti i Mjekësisë dhe
Kryesues i Sfidës së Parë për Sigurinë Globale të Pacientit,
Programi Siguria e Pacientit, Organizata Botërore e Shëndetësisë
Gjenevë, Zvicër

Dr. Benedetta Allegranzi,
Zëvendëskryesuese e Sfidës së Parë për Sigurinë Globale të Pacientit
Programi Siguria e Pacientit, Organizata Botërore e Shëndetësisë
Gjenevë, Zvicër

Gertie van Knippenberg-Gordebeke,
Këshilltare ndërkombëtare për parandalimin e infeksioneve
Venlo-Boekend, Holandë

Recenzentë: **Prof. dr. Selvete Krasniqi,**
Prof. assoc. dr. Gjyle Mulliqi

Realizimi kompjuterik: **Bukurije Selimi, inxh. dipl.**

Lektor: **Prof.dr. Fadil Raka**

Botimin e kësaj broshure e mundësoi Organizata Botërore e Shëndetësisë, Zyra në Prishtinë financuar nga Qeveria e Luksemburgut.

Përmbajtja

Parathënie

Për çdo vit infeksionet e shkaktuara gjatë kujdesit shëndetësor prekin qindra milionë njerëz përreth globit dhe janë kërcënimi kryesor për sigurinë e pacientit. Në vendet e zhvilluara, 5-15% e pacientëve të hospitalizuar marrin një apo më shumë infeksione gjatë kujdesit shëndetësor. Ndërkaq, në vendet me burime të ulta dhe të mesme këto shifra janë disa herë më të larta. Këto infeksione shkaktojnë sëmundje edhe më serioze, zgjasin qëndrimin e pacientëve në spital, japin invaliditet afatgjatë, shtojnë koston për pacientët dhe familjet e tyre, ndikojnë në shpenzimet masive shtesë në sistemin e mbrojtjes shëndetësore dhe shpesh përfundojnë me vdekje.

Infeksionet gjatë kujdesit shëndetësor shkaktohen nga shumë faktorë, të cilët ndërlidhen me sistemin dhe procesin e ofrimit të mbrojtjes shëndetësore. Ato, po ashtu, ndërlidhen edhe me sjelljet e njerëzve që kushtëzohen nga kufizimet edukative, ekonomike e politike në vetë shtetet, sistemet e mbrojtjes shëndetësore, e shpesh edhe në normat shoqërore dhe besimet. Për fat të mirë shumica e këtyre infeksioneve mund të parandalohen.

Higjiena e duarve është masë parësore për uljen e infeksioneve. Higjiena e duarve nënkupton pastrimin e duarve në kohën e duhur, në mënyrën e duhur dhe në vendin e duhur, bashkë me të gjitha masat e tjera të rëndësishme të parandalimit dhe kontrollit të infeksionit që kryhen në praktikën e përditshme të kujdesit shëndetësor. Higjiena e duarve duket një masë e thjeshtë, por në mbarë botën problem të madh përbën mungesa e aderencës me udhëzimet për higjienë tek punëtorët shëndetësorë.

Shumë strategji për promovimin dhe përmirësimin e higjienës së duarve janë dëshmuar si efikase tek institucionet shëndetësore anekënd botës. Tashmë është dëshmuar roli i adresimit të kompliansës së higjienës së duarve për pakësimin e infeksioneve të shkaktuara gjatë kujdesit shëndetësor.

Gjatë vitit 2009 Organizata Botërore e Shëndetësisë (OBSH), me ndihmën e mbi 100 ekspertëve të njohur ndërkombëtarë, përmes Sfidës së Parë të Sigurisë Globale për Pacientin, të emërtuar “Kujdesi i pastër është kujdes më i sigurt”, hartoi përmbledhjen globale të titulluar Udhëzimet për higjienën e duarve në kujdesin shëndetësor. Për të mundësuar zbatimin praktik në institucionet shëndetësore Udhëzimet shoqërohen edhe me strategjitë përcjellëse të zbatimit të tyre dhe pakon, e cila është testuar paraprakisht në shumë vende të botës. Për ta ndihmuar veprimin, është propozuar qasja inovative e OBSH-së “5 momentet e mia për higjienën e duarve” përmes së cilës u sqarohet punëtorëve shëndetësorë se kur duhet të zbatojnë higjienën e duarve. Testimi ka treguar rezultate të suksesshme dhe trimëruese në institucione të ndryshme, duke filluar nga spitalet moderne me teknologji të lartë në vendet e zhvilluara, e deri tek institucionet me burime të kufizuara dhe kushte të pafavorshme të kontrollit të infeksioneve në botën e pazhvilluar.

OBSH inkurajon spitalet dhe institucionet e tjera shëndetësore që të adoptojnë këto udhëzime dhe fton shtetet anekënd botës të adoptojnë Sfidën në institucionet e tyre shëndetësore për të përfshirë në strategjitë përmirësuese ofruesit e shërbimeve të mbrojtjes shëndetësore si dhe vetë pacientët. Prandaj, ne mirëpresim hartimin e kësaj broshure të higjienës së duarve për përdorim dhe shpërndarje gjithëkombëtare në Kosovë dhe treva të tjera shqipfolëse, bazuar në parimet dhe rekomandimet për përmirësimin e higjienës së duarve të përfshira në Udhëzimet e OBSH-së. Përdorimi i kësaj broshure do ta rritë profilin e higjienës së duarve në të gjitha pikat e kujdesit shëndetësor në Kosovë. Së bashku mund të punojmë drejt sigurimit të një qëndrueshmërie të të gjitha veprimeve me qëllim të një përfitimi afatgjatë për çdokend.

Nisma "Kujdesi i pastër është kujdes më i sigurt" nuk është zgjedhje, por e drejtë themelore. Duart e pastra parandalojnë vuajtjet e pacientit dhe shpëtojnë jetëra. Ju falënderojmë për përkushtimin Tuaj në parandalimin e infeksionit dhe përmirësimin e higjienës së duarve, me të cilën i kontribuoni një kujdesi më të sigurt për pacientin.

Profesor Didier Pittet
Drejtor i Programit për Kontroll të Infeksioneve,
Qendra Universitare Spitalore e Gjenevës dhe Fakulteti i Mjekësisë dhe
Kryesues i Sfidës së Parë për Sigurinë Globale të Pacientit,
Programi Siguria e Pacientit, Organizata Botërore e Shëndetësisë
Gjenevë, Zvicër

Dr Benedetta Allegranzi
Zëvendëskryesuese e Sfidës së Parë për Sigurinë Globale të Pacientit
Programi Siguria e Pacientit, Organizata Botërore e Shëndetësisë
Gjenevë, Zvicër

1. PËRKUFIZIMI I TERMAVE

Infeksioni	Prania e një a më shumë mikroorganizmave në inde apo lëngje trupore që shoqërohet me manifestime klinike lokale apo sistemike në strehues.
Kolonizimi	Vazhdimësi e pranisë së mikroorganizmave në trupin e strehuesit, por pa shfaqje klinike.
Infeksione nozokomiale	Infeksionet brenda spitaleve, por edhe infeksionet në institucionet e tjera të mbrojtjes shëndetësore, siç janë qendrat e mjekësisë familjare, qendrat e rehabilitimit, mjekimi shtëpiak dhe institucionet speciale shëndetësore.
Infeksionet spitalore	Infeksione që nuk janë të pranishme apo nuk ndodhen në fazën e inkubacionit në momentin e pranimit të pacientit në spital. Korniza kohore është së paku 48 orë pas pranimit në spital; 3 ditë pas lëshimit nga spitali, 30 ditë pas intervenimit kirurgjik ose një vit pas vënies së implantatit.
Flora kalimtare	Mikrobet që ndodhen përkohësisht në lëkurë dhe mund të barten prej personi në tjetrin. Hiqen me veprim mekanik të higjinës së duarve.
Flora e përhershme	Mikrobet që janë banorë të përhershëm në lëkurë. Mbijetojnë dhe shumëzohen në lëkurë. Hiqen me sapun antimikrobik.
Higjiena e duarve	Term i përgjithshëm që i referohet çfarëdo veprimi për pastrimin e duarve (larja e duarve, pastrimi antiseptik i duarve, fërkimi antiseptik i duarve ose antisepsa kirurgjike e duarve). Procesi i heqjes së ndyrësisë dhe mikrobeve kalimtare nga duart.
Antisepsa kirurgjike e duarve	Pastrim ose fërkim antiseptik i duarve që bëhet para intervenimeve kirurgjike nga personeli kirurgjik për të eliminuar florën kalimtare mikrobike dhe për të reduktuar florën e përhershme mikrobike të duarve.
Sapuni i thjeshtë	Sapuni që nuk përmban agjensë antimikrobikë. Përdoret për heqjen fizike të ndyrësisë dhe mikroorganizmave kontaminantë.
Sapuni antimikrobik	Sapuni që përmban agjens antiseptik dhe ka për qëllim shkatërrimin ose pengimin e shumëzimit të mikroorganizmave në lëkurë.
Agjensët antiseptikë	Substancat antimikrobike që aplikohen në lëkurë për ta zvogëluar numrin e baktereve (alkoolet, klorheksidina, klori, heksaklorofeni, jodi, kloroksilenoli, komponimet kuaternare të amonit dhe triklosani).
Prodhimet alkoolike për fërkim duarsh	Preparat që përmban alkool, i dizajnuar për aplikim në duar me qëllim të inaktivimit të mikroorganizmave dhe pengimit të rritjes së tyre.

2. HISTORIKU I HIGJIENËS SË DUARVE

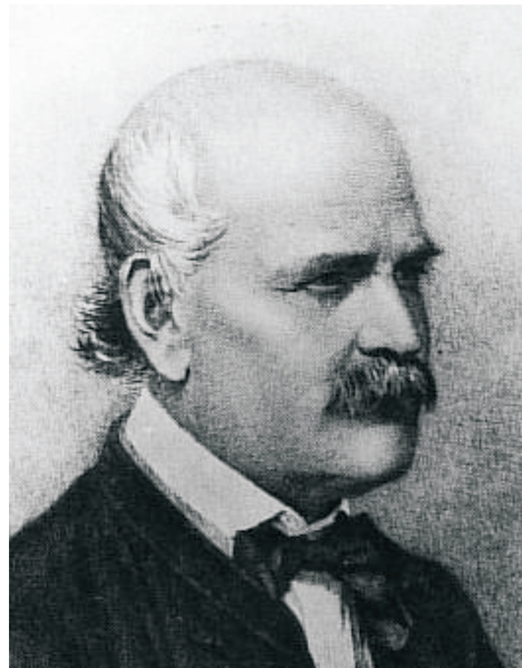
Shekuj me rradhë larja e duarve me ujë dhe sapun vlerësohej si masë e rëndësishme e higjienës personale. Ajo zbatohej si pjesë e riteve fetare tek shumë religjione. Por, lidhmëria ndërmjet përhapjes së sëmundjeve dhe higjienës së duarve është vënë pikërisht gjatë 200 viteve të fundit.

Hipokrati, mjeku më i njohur i antikës la porosinë: " Kurrënjëherë, askujt mos i shkaktoni dëm". Edhe pse të gjithë mjekët sot japin Betimin e Hipokratit, ata shpesh harrojnë se duke mos i pastruar duart i shkaktojnë dëm të madh pacientit.

Në vitin **1825** farmacisti francez **Labarak** dëshmoi për dobinë që sillte fërkimi i duarve me tretje të klorit për mjekët dhe vizitorët e pacientëve me sëmundje ngjitëse.

Në mesin e shekullit XIX, ndër shkaqet kryesore të vdekshmërisë së lehonave të reja ishte sepsa. Në vitin **1843 Oliver Holms** në Boston hulumtoi shkaqet e kësaj sëmundjeje dhe gjeti se kjo sëmundje përhapej tek gratë përmes duarve të mjekëve dhe infermiereve. Shumë më vonë u kuptua se kjo sëmundje shkaktohej nga bakteret e gjinisë Streptococcus.

Më **1847 obstetri hungarez Injaz Semelvajs** rekomandoi pastrimin e duarve me ujë klorik për parandalimin dhe redukimin e incidencës së etheve të lehonisë në dy repartet e lindtores së spitalit të Vjenës. Semelvajs vërejti se vdekshmëria e lehonave, të cilat lindnin në repartin e parë ishte katërfish më e lartë. Në këtë repart punonin mjekë dhe studentë të mjekësisë, të cilët paraprakisht vinin në lindtore drejt nga sallat e autopsisë, kurse në repartin e dytë lindjet kryheshin nga infermieret. Pasi që asokohe ende nuk dihej për ekzistimin e mikroorganizmave, Semelvajsi fajësoi "substancat kadaverike" si shkaktarë të infeksionit të lehonave dhe vdekshmërisë së lartë. Pas intervenimit në repartin e parë me pastrim obligativ të duarve me ujë klorik vdekshmëria u zvogëlua menjëherë.



Ignaz Philipp Semmelweis
1818 - 1865

Në vitin **1863 Florens Nahtigal** publikoi librin e saj "Notes on hospitals", në të cilin raportoi shkallën e vdekshmërisë në spitale duke argumentuar se ushqimi i sigurt, uji dhe ambienti i pastër redukojnë sëmundjet kryesore dhe shpëtojnë jetëra. Gjatë shërbimit të saj në spitalin ushtarak britanik në Krimea ajo dëshmoi se ushtarët shumë më tepër vdisnin nga infeksionet spitalore, sesa nga plagët e marra në fushëbeteja.

Jozef Listeri, më 1867, duke u bazuar në idenë e Lui Pasterit se mikrobet përveçse shkaktojnë fermentim, ato mund të japin edhe qelbëzimin e plagëve, filloi përdorimin e sprejëve antiseptikë me përbërje të acidit



Florence Nightingale
1820 – 1907

karbolik në sallat e operacionit për të parandaluar shfaqjen e infeksioneve në plagët kirurgjike.

Dezinfektimi i parë kirurgjik i duarve me alkool dhe tretje të sublimatit u aplikua në Berlin më **1888 nga Paul Fürbringer**.

Në vitin **1889 kirurgu W.S. Halsted** sygjeroi përdorimin e dorëzave për ekipin kirurgjik, pasiqë u konstatua se duart nuk mund të pastrohen plotësisht nga bakteret.

Zbulimi i antibiotikëve në mesin e shekullit XX krijoi një ndjenjë të rrejshme të sigurisë ndaj mikrobeve, që u përcoll me zbehjen e rolit të higjienës dhe dezinfektimit në praktikën klinike.

Zvogëlimi drastik i vdekjeve të shkaktuara nga sëmundjet ngjitëse gjatë shekullit të kaluar iu mvesh edhe instalimit të sistemit të ujësjellësit dhe kanalizimit në institucionet shëndetësore, që përmirësuan edhe infrastrukturën e higjienës së duarve.

Në vitin **1961** në SHBA u incizua një **film dokumentar** që demonstronte teknikat e higjienës së duarve nga punëtorët shëndetësorë. Kurse, në vitet 1975 e '85, u publikuan për herë të parë rekomandimet e higjienës së duarve në institucionet shëndetësore nga **Qendra për Kontrollin e Sëmundjeve (CDC) e SHBA**; përmbledhja e fundit dhe më e përditësuar e këtyre rekomandimeve është dhënë në vitin 2002 nga John Boyce dhe Didier Pittet.

Sot higjiena e duarve është masë thelbësore në parandalimin e sëmundjeve të ndryshme në mjediset shëndetësore, por edhe në komunitet, siç janë gripi, diarrea, hepatiti, toksi-infeksionet etj.



Joseph Lister
1827-1912

3. INFEKSIONET SPITALORE

Veçoritë kryesore

Kujdesi shëndetësor shpëton jetëra dhe ka sjellë shumë dobi për pacientët, por, njëkohësisht bart me vete edhe rreziqe të konsiderueshme dhe ndërlikime, siç janë infeksionet spitalore.

Infeksionet spitalore përbëjnë kërcënim serioz për shëndetësinë moderne, si në vendet e industrializuara, ashtu edhe tek vendet në zhvillim. Shkalla e këtyre infeksioneve është treguesi më i mirë i cilësisë së shërbimeve të ofruara nga institucioni përkatës shëndetësor.



Spitalet bartin rrezikun më të lartë për marrjen e një infeksioni gjatë ofrimit të mbrojtjes shëndetësore. Infeksioni spitalor përkufizohet si infeksion që shfaqet te një pacient gjatë kujdesit shëndetësor në spital; infeksioni i tillë nuk ka qenë prezent në momentin e pranimit të pacientit në spital e as në fazën e inkubacionit. Infeksioneve spitalore i përkasin edhe infeksionet jatrogjene, të cilat janë rrjedhojë e gabimeve të punëtorëve shëndetësorë gjatë procedurave të ndryshme diagnostike-terapeutike.

Një prej sinonimeve për infeksionet brenda spitaleve është edhe emërtesa "infeksione nozokomiale"; ajo është më e gjerë dhe përfshin edhe infeksionet në institucionet e tjera të përkujdesjes shëndetësore, siç janë qendrat e mjekësisë familjare, qendrat e rehabilitimit, mjekimin shtëpiak dhe institucionet speciale shëndetësore. Sot në literaturën shkencore gjithnjë e më shumë po zë vend emërtimi infeksione të bashkëshoqëruara nga kujdesi shëndetësor *(healthcare-associated infections)*.

Nga infeksionet spitalore kryesisht preken pacientët, por të rrezikuar janë edhe punëtorët shëndetësorë, studentët, vizitorët dhe punëtorët e mirëmbajtjes.

Infeksionet spitalore kryesisht prekin qendrat mjekësore të nivelit tretësor, respektivisht njësitë e kujdesit intensiv dhe ato kirurgjike.

Në njësitë e kujdesit intenziv të vendeve më të pasura, çdo i katërti pacient preket nga infeksionet spitalore, që shkojnë me vdekshmëri prej 12-80%. Kurse, në vendet e pazhvilluara 2/3 e pacientëve të pranuar në njësitë e kujdesit intensiv zhvillojnë infeksione spitalore.

Infeksionet spitalore mund të prekin të gjitha sistemet e organizmit, por më së shpeshti hasen në traktin respirator që ndërlidhen me përdorimin e ventilimit mekanik; në sistemin e qarkullimit të gjakut si pasojë e përdorimit të pajisjeve brendavaskulare; në traktin urinar të shoqëruara me kateterë urinarë dhe infeksionet kirurgjike pas traumave dhe ndërhyrjeve kirurgjike.

Infeksionet e traktit urinar janë infeksionet më të shpeshta spitalore (30-40%), kurse shkallën më të lartë të vdekshmërisë e kanë pneumonia dhe sepsa.

Shumë baktere, virusë, fungje e parazitë mund të shkaktojnë infeksione spitalore, por shkaktarë mbizotërues janë bakteret multirezistente.

Në vendet e industrializuara të botës infeksionet spitalore ndërlikojnë 5-10% të pranimeve të pacientëve në spital. Prevalenca mesatare në Bashkimin Evropian është 7.1% (rangu 3.5-9.3%), kurse në disa vende të pazhvilluara të Azisë, të Amerikës Latine dhe të Afrikës Sub-Saharike shkalla e këtyre infeksioneve shkon deri në 40%.

Kosova dhe Shqipëria kanë shkallën më të lartë të prevalencës së infeksioneve spitalore në Evropë me 17.4%, respektivisht 19.1%.

Shumë faktorë ndërlidhen në patogjenezën e infeksioneve spitalore. Ato varen nga agjensi infektiv (virulenca, rezistenca ndaj antibiotikëve, qëndrueshmëria në mjedisin spitalor), strehuesi (sëmundja shoqëruese, kequshqyeshmëria, ekstremet e moshës, imunosupresioni, sëmundjet kronike, trauma, intervenimi kirurgjik) dhe mjedisi spitalor (pranimi në kujdes intensiv, procedurat invazive).

Faktorët kryesorë të rrezikut për marrjen e infeksionit në spital janë: faktorët e brendshëm të kushtëzuar nga nevoja për trajtim spitalor, procedurat invazive diagnostike-terapeutike dhe përdorimi i pakontrolluar i antibiotikëve.

Rruga më e shpeshtë e përhapjes së infeksioneve spitalore është kontakti i drejtpërdrejtë dhe transferi fizik i mikrobeve ndërmjet personit të infektuar apo të kolonizuar dhe strehuesit të ndjeshëm. Infeksionet spitalore përhapen më së shumti përmes kësaj rruge, në të cilën duart e personelit mjekësor e luajnë rolin kryesor. Rrugë tjetër e përhapjes së infeksioneve spitalore është rruga ajrore, përmes thërmizave të traktit respirator. Kjo ndodh gjatë kollitjes, teshtitjes, të folurit dhe instrumentimit të aparatit respirator (bronkoskopia dhe sukcioni). Nganjëherë infeksionet spitalore përhapen edhe përmes aparaturës dhe pajisjeve (me kontaminimin e pajisjeve mjekësore, medikamenteve, infuzioneve, prodhimeve biologjike, dializatorëve, ajrit të kondicionuar, etj.). Vektorët, uji dhe ushqimi janë rrugë më të rralla të përhapjes së infeksioneve në institucionet shëndetësore.

Roli i infeksioneve spitalore

- kanë shkallë të lartë të sëmundshmërisë dhe të vdekshmërisë;
- zgjasin kohën e qëndrimit të pacientëve në spital;
- rrisin koston e mjekimit;
- shoqërohen me mungesë në punë, e nganjëherë edhe me invaliditet;
- mund të përhapen nga institucionet shëndetësore në komunitet dhe
- shpesh përcillen me denoncime gjyqësore dhe me imazh negativ.

Çmimi i infeksioneve spitalore është substancial kudo në botë. Ato kanë kosto të lartë për pacientin, familjen dhe sistemin shëndetësor.

Në vendet me sigurim shëndetësor për secilin infeksion spitalor, spitalet humbin mesatarisht 583-4886 $.

Impakti vjetor ekonomik në Evropë është 13-24 miliardë €, kurse në SHBA 28-39 miliardë $. Çmimi mesatar për një infeksion të shkaktuar me MRSA (S.aureus rezistent ndaj meticilinës) është 4000 $.



Vendet e pazhvilluara dhe infeksionet spitalore

Sfida e infeksioneve spitalore është shumë më e theksuar në vendet e pazhvilluara, të cilat sot përbëjnë 145 prej gjithsej 210 shteteve të botës (69%) dhe përfshijnë mbi 75% të popullatës globale. Në vendet e pazhvilluara kjo sfidë është më e theksuar, sepse politikat e kontrollit dhe parandalimit të infeksioneve nuk ekzistojnë fare, nuk zbatohen deri në fund ose nuk kanë mbështetje të mjaftueshme financiare nga shteti.

Mangësitë buxhetore, infrastruktura organizative dhe koordinimi joadekuat, mungesa e profesionistëve të kontrollit të infeksioneve, shpërdorimi i antibiotikëve janë problemet më të shpeshta që hasen në këto vende në rrugën drejt një kontrolli efikas të infeksioneve spitalore. Varfëria, sëmundjet e ndryshme, trazirat ekonomiko-politike ndikojnë fuqishëm në shumëzimin e rrezikut për infeksione spitalore. Si rrjedhojë shpesh ka shpërthime epidemish spitalore dhe përhapje të mikrobeve rezistente.



Kohëve të fundit, aktivitetet e kontrollit të infeksioneve janë në rritje e sipër sidomos në vendet e Amerikës Latine, Evropës Juglindore dhe shteteve të ish-Bashkimit Sovjetik. Presioni publik për përmirësimin e cilësisë së shërbimeve mjekësore, përhapja e mikrobeve multirezistente dhe qasja ndaj rreziqeve profesionale kanë luajtur rol me rëndësi në këtë zhvillim.

Shkalla e raportuar e sepsës spitalore tek të porsalindurit në vendet e pazhvilluara është 3-20 herë më e lartë sesa në ato të industrializuarat.

Në vendet e pazhvilluara, të porsalindurit janë grupi më i rrezikuar i popullatës nga infeksionet spitalore; çdo ditë vdesin 4384 fëmijë nga këto infeksione.

Infeksionet spitalore mbesin kërcenim serioz për sigurinë e pacientit dhe cilësinë e mbrojtjes shëndetësore. Qëndrueshmëria dhe vazhdimësia e aktiviteteve parandaluese është qenësore në efikasitetin e programeve të kontrollit të infeksioneve. Duke u përqëndruar në kontrollin e infeksioneve, vendet me burime të kufizuara mund ta përmirësojnë cilësinë e mbrojtjes shëndetësore në të ardhmen.

Kosova dhe infeksionet spitalore

Infeksionet spitalore kanë përcjellë vazhdimisht shëndetësinë kosovare. Në lëmin e infeksioneve spitalore pjesa më e madhe e aktiviteteve është orientuar në luftimin e tyre tek pas ndonjë shpërthimi epidemie, e shumë pak është punuar në strategjinë parandaluese të tyre. Edhe pse komitetet për infeksione brendaspitalore janë institucionalizuar nëpër disa prej spitaleve kosovare, ato ende nuk kanë lëvizur përtej letrës.

Vite me rradhë problemi i infeksioneve spitalore në Kosovë është neglizhuar, fshehur dhe shoqëruar nga nënvlerësime si nga krerët e qendrave spitalore, ashtu edhe nga vendimmarrësit.

Kontrolli i infeksioneve në vendin tonë është në stadin fillestar në krahasim me programet e kontrollit të infeksioneve të vendeve perëndimore dhe veriamerikane që janë 40-50 vjet, respektivisht vendeve fqinje që janë 5-10 vjet përpara. Hapat e parë në perceptimin modern mbi kontrollin e infeksioneve në Kosovë erdhën nga Canadian Public Health Association (Shoqata për Shëndetësi Publike e Kanadasë), që inicoi një program nismëtar trajnimi në QKUK

për kontroll të infeksioneve. Problemet e Kosovës në sfidën e përballjes me infeksionet spitalore janë të njejta me ato të përshkruara për vendet e pazhvilluara. Pikë thelbësore në efikasitetin e aktiviteteve parandaluese mbetet bashkërenditja e aktiviteteve në trekëndëshin Ministri e Shëndetësisë, Instituti Kombëtar i Shëndetësisë Publike të Kosovës dhe Qendra Klinike Universitare e Kosovës, e cila mbetet në nivelin e pamjaftueshëm.

Hulumtimi i prevalencës së përgjithshme të infeksioneve spitalore në QKUK tregoi shifrën prej 17.4%.

Prevalenca e infeksioneve në njësinë e kujdesit intenziv qëndror të QKUK-së ishte 68.7%, prej të cilave 80% ishin me pneumoni ventilatore.

Kurse, incidenca e infeksioneve të plagëve kirurgjike në kirurgjinë abdominale ishte 12%. Infeksione spitalore janë vërejtur edhe tek punëtorët shëndetësorë, duke filluar nga tuberkulozi e hepatiti B, e deri te infeksionet vdekjepruese, siç ishte rasti me Ethet Hemorragjike Krime-Kongo.

Në vitin 2006, Ministria e Shëndetësisë institucionalizoi kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore përmes krijimit të Komitetit Nacional për Kontrollin dhe Parandalimin e Infeksioneve Nozokomiale (KNPKIN) me një strukturë gjithëpërfshirëse profesionale e institucionale. Edhe pse pa kurrëfarë mbështetje nga vija buxhetore, ky komitet dha një kontribut



solid në mbikëqyrjen e infeksioneve spitalore, hartimin e disa politikave programore, fushën e kërkimeve shkencore si dhe bashkëpunimin ndërkombëtar me organizatat më prestigjioze të kontrollit të infeksioneve në SHBA, Britani të Madhe, Kanadë, Suedi, Zvicër e Gjermani. Mirëpo, prej vitit 2008, veprimtaria e komitetit në parandalimin dhe kontrollin e infeksioneve spitalore ka vendnumëruar.

Tabela 1. Krahasimi i shkallës së infeksioneve të ndërlidhura nga përdorimi i pajisjeve mjekësore në vendet e pazhvilluara dhe në SHBA e BE

	INICC 2003–2008	**U.S. NHSN 2006- 2007**	**HELICS BE**
NjKI/ Mjekësore - kirurgjike			
Sepsa nga kateterët vaskularë qëndrorë	7.4	2.0	3.1
Infeksionet e traktit urinar nga kateterët	6.1	3.3	3.2
Pneumonia ventilatore	14.7	3.3	5.7
NjKI / Të porsalindurit (1501-2500 gr)			
Sepsa nga kateterët vaskularë qëndrorë	13.9	2.4	
Pneumonia ventilatore	9.5	1.0	

NJKI- Njësitë e Kujdesit Intensiv
INICC= Konzorciumi Ndërkombëtar i Kontrollit të Infeksioneve Nozokomiale
NHSN- Sistemi Nacional i Mbikqyrjes së Infeksioneve Nozokomiale, SHBA
HELICS= Spitalet Evropiane të lidhur në kontrollin e infeksioneve përmes mbikëqyrjes

4. ZGJIDHJET DHE PERSPEKTIVAT E PARANDALIMIT DHE KONTROLLIT TË INFEKSIONEVE SPITALORE

Parandalimi është çelësi i zgjidhjes së problemit të infeksioneve spitalore. Programet efikase të kontrollit të infeksioneve mund ta redukojnë shkallën e infeksioneve spitalore mesatarisht për 32%, me rangun e parandalimit për disa prej infeksioneve që shkon prej 10-70%. Disa institucione dhe shtete kanë arritur ta redukojnë shkallën e infeksioneve spitalore, por shumica e tyre nuk ia kanë dalë mbanë në këtë fushë. Disa zgjidhje parandaluese janë të thjeshta dhe nuk kërkojnë burime të mëdha. Përveç **higjienës së duarve,** e cila mbetet masa më e thjeshtë, por parësore në parandalimin e infeksioneve spitalore, masat e tjera të rëndësishme në zgjidhjen efikase të këtij problemi janë:

Përkrahja e shtetit. Autoritetet qeveritare duhet ta kenë të qartë se në mungesë të burimeve dhe investimeve adekuate, spitalet mund të shndërrohen në vende të rrezikshme për pacientë, personel dhe vizitorë. Prandaj, ato duhet të hartojnë dhe të mbështesin një program gjithëpërfshirës dhe efikas të parandalimit të infeksioneve spitalore. Masat e kontrollit administrativ janë shumë të rëndësishme në kontrollin dhe parandalimin e infeksioneve spitalore. Prandaj, përkrahja dhe përkushtimi politik i ekzekutivit janë thelbësorë për efikasitetin e të gjitha masave të tjera.

Për shkak të kontaktit të përditshëm me pacientë dhe me material klinik të infektuar nga to, shumë punëtorë shëndetësorë janë të rrezikuar nga ekspozimi dhe përhapja e mikrobeve patogjene infektive. Prandaj, mbrojtja në punë, imunizimi i punëtorëve shëndetësorë dhe edukimi i vazhdueshëm i tyre është një komponentë e vlefshme e programeve të parandalimit dhe duhet planifikuar dhe zbatuar me masa administrative.

Mbikëqyrja. Është një komponentë tjetër në përballjen me infeksionet spitalore. Ajo ka për qëllim identifikimin e shpërthimeve epidemike, krijimin e nivelit bazë endemik të infeksioneve në një institucion shëndetësor dhe vlerësimin e masave të kontrollit.

Mbikëqyrja identifikon infeksionet në zonat me rrezik të lartë, duke përqëndruar burimet ekzistuese në këto zona prioritare. Mbikëqyrja e infeksioneve spitalore duhet të shoqërohet me mbikëqyrjen edhe të përdorimit të antibiotikëve dhe profilit të rezistencës ndaj tyre.

Hulumtimet shkencore. Një shteg i përmirësimit të njohurive bazë për kontrollin e infeksioneve është përmes kërkimeve shkencore. Një dritare të rëndësishme kërkimoro-shkencore për vendet e pazhvilluara e ka çelur Konzorciumi Ndërkombëtar i Kontrollit të Infeksioneve Nozokomiale (INICC), si rrjet shumëkombësh i mbikqyrjes së epidemiologjisë së infeksioneve spitalore në njësitë e kujdesit intensiv. Hulumtimet e kryera në 4 kontinente flasin se shkalla e përdorimit të pajisjeve mjekësore në NJKI në vendet e pazhvilluara është e njëjtë sikur në SHBA dhe Evropën Perëndimore, por shkalla e infeksioneve të shoqëruara nga pajisjet mjekësore është 3-5 herë më e lartë (shih tabelën 1).

Mjedisi spitalor. Një komponentë tjetër me rëndësi është izolimi i pacientëve me infeksione si dhe procedurat adekuate dhe valide të dekontaminimit, të sterilizmit dhe dezinfektimit të pajisjeve mjekësore dhe të mjedisit spitalor.

Përdorimi i antibiotikëve. Në shumë vende të botës përdorimi i pakontrolluar i

antibiotikëve është dukuri e shpeshtë dhe ata mund të blihen nëpër barnatore pa recetë të mjekut. Programet mentoruese të antibiotikëve me modifikimin e praktikave të përshkrimit të tyre (sidomos në kujdesin parësor) dhe masat administrative në nivelin e kontrollit të cilësisë, importit, regjistrimit dhe shpërndarjes së tyre i kontribuojnë mozaikut të luftës kundër infeksioneve spitalore të shkaktuara nga mikrobe multirezistentë ndaj antibiotikëve.

Laboratori i mikrobiologjisë. Kapacitetet diagnostike laboratorike japin kontribut të çmuar në kujdesin për pacientin dhe përbëjnë një komponentë të rëndësishme në programin e kontrollit të infeksioneve. Partneriteti ndërmjet stafit të kontrollit të infeksioneve dhe mikrobiologut është qenësor në identifikimin e hershëm dhe përballjen e suksesshme me infeksionet spitalore.



Qasja përmes "duajve parandalues". Viteve të fundit në vendet e zhvilluara ka nisur një qasje e re dhe integruese e parandalimit të infeksioneve që janë të lidhura me përdorimin e pajisjeve mjekësore invazive që bartin me vete rrezik të konsiderueshëm për infeksion spitalor. Duajt parandaluese("bundles") përbëjnë një tërësi të strategjive të shumëfishta dhe të njëkohshme parandaluese për ta përmirësuar epilogun e kujdesit ndaj pacientit.

Iniciativat globale - Aleanca Botërore për Sigurinë e Pacientit. Përmirësimi i sigurisë së pacientit sot është bërë çështje globale. Rritja e vetëdijësimit për këtë çështje ka shtyrë Organizatën Botërore të Shëndetësisë për të promovuar Aleancën Botërore për Sigurinë e Pacientit me qëllim të koordinimit, përhapjes dhe shpejtimit të përmirësimeve në fushën e sigurisë së pacientit. Parandalimi i infeksioneve spitalore është pika e parë në rendin e ditës së kësaj iniciative, në të cilën higjiena e duarve luan rolin kryesor. Shënjestër kryesore e kësaj nisme është fushata " Pesë momente për higjienën e duarve", duke përkufizuar momentet kyç të higjienës së duarve në kujdesin shëndetësor me një vizion të përbashkuar (shih faqe 21). Këto pesë momente janë:

1. para prekjes së pacientit;
2. para një procedure të pastër/aseptike;
3. pas rrezikut të ekspozimit ndaj lëngjeve trupore;
4. pas prekjes së pacientit dhe
5. pas prekjes së mjedisit përreth pacientit.

Komponentet e parandalimit dhe kontrollit të infeksioneve spitalore

- Programet e kontrollit të infeksioneve
- Higjiena e duarve
- Përkrahja qeveritare
- Mbikëqyrja
- Hulumtimet shkencore
- Sterilizimi dhe dezinfektimi
- Përdorimi i antibiotikëve
- Laboratori i mikrobiologjisë
- "Duajt parandalues"
- Nismat e nivelit global

5. MIKROBIOLOGJIA E DUARVE

Lëkura është mjedis i përshtatshëm për rritjen e shumë llojeve të mikrobeve. Ajo përbëhet nga tri shtresa: epiderma, derma dhe hipoderma. Stratum corneum është shtresa sipërfaqësore e epidermës. Funksioni parësor i lëkurës është mbrojtja nga agjensët e jashtëm, përfshirë edhe mikrobet patogjene.

Mikroorganizmat patogjenë prej pacientëve të kolonizuar, të infektuar apo prej mjedisit mund të kontaminojnë duart e punëtorëve shëndetësorë gjatë aktiviteteve të përditshme klinike. Prania e mikroorganizmave në duar dhe përhapja përmes duarve është ndër metodat më të rëndësishme të përhapjes së agjensëve infektivë në institucionet shëndetësore.

Numri i mikrobeve në duart e punëtorëve shëndetësorë mund të sillet prej 3.9×10^4 deri në 4.6×10^6 CFU/cm^2. Edhe pas larjes së duarve një numër i mikrobeve mund të mbeten ende në duar. Flora mikrobike e lëkurës përbëhet nga mikroorganizmat e përhershëm dhe ata kalimtarë.

Flora bakterore e përhershme (rezidente)

Mikrobet e florës së përhershme jetojnë dhe shumëzohen në shtresat sipërfaqësore të lëkurës. Ato përkufizohen shpesh si florë normale. Përfaqësues tipikë të këtyre mikrobeve janë *Staphylococcus epidermidis*, stafilokoket e tjera koagulazë negative dhe bakteret korineforme (Propionibacteria, Corynebacteria, Dermobacteria dhe mikrokoket). Këto baktere luajnë rol antagonist pasi që pengojnë invadimin e lëkurës nga mikrobet e tjera patogjene.

Mikrobet e florës rezidente nuk hiqen pas larjes së duarve me sapun dhe nuk transferohen lehtë tek njerëzit e tjerë. Këto mikrobe zakonisht nuk janë patogjenë, përveç rasteve kur rritet ndjeshmëria e strehuesit.



Pasi që shumë rrallë shkaktojnë sëmundje, gjatë kujdesit rutinor për pacientin nuk është e nevojshme heqja e tyre. Gjatë bartjes së dorëzave dhe djersitjes, këto mikrobe dalin në sipërfaqe të lëkurës; nëse dorëzat janë dëmtuar gjatë intervenimeve kirurgjikale këto mikrobe mund të kalojnë në plagën operative duke shkaktuar infeksion. Bakteret e florës së përhershme ndonjëherë mund të japin infeksione edhe në vendin e injektimit të kateterëve venozë qëndrorë, në zgavrrat sterile ose në sy.

Flora e përkohshme (kalimtare)

Flora e përkohshme mikrobike e lëkurës përbëhet nga mikrobet që vijnë prej burimeve të jashtme dhe përkohësisht qëndrojnë në lëkurë. Në këtë grup bëjnë pjesë bakteret Gram negative, bakteret aerobe sporogjene, fungjet dhe virusët. Këto mund të hiqen lehtë me masa të thjeshta të dekontaminimit. Mikrobet e florës kalimtare shpesh kolonizojnë punëtorët shëndetësorë gjatë kontaktit të tyre të drejtpërdrejtë me pacientë ose mjedisin e kontaminuar dhe janë shkaktarët më të shpeshtë të infeksioneve spitalore.

Mikrobet e florës kalimtare mund të merren gjatë kontaktit me florën normale vetjake (kruarja e hundëve), me vendet e kolonizuara e të infektuara të pacientit ose nga mjedisi. Heqja e këtyre mikrobeve është thelbësore për parandalimin e infeksionit të kryqëzuar.

Disa veprime të kujdesit mjekësor shoqërohen më shumë me kontaminimin e duarve të punëtorëve shëndetësorë, si p.sh. prekja e pastrimi i pacientit, kujdesi respirator, ndërrimi i pampersave, rregullimi i shtratit, pastrimi i plagëve etj. Bartja e këtyre mikrobeve varet nga lloji i mikrobeve prezente, numri i tyre në sipërfaqe dhe lagështia e lëkurës.



Nganjëherë disa mikrobe të florës kalimtare qëndrojnë më gjatë në trupin e njeriut duke u shumëzuar pa dhënë shenja e simptoma të sëmundjes (p.sh. *S.aureus* në hundë, aksillë apo perineum). Duart e punëtorëve shëndetësorë mund të kolonizohen edhe përherë me lloje të florës patogjene siç janë: *S. aureus,* bacilet Gram-negative, *Pseudomonas spp*. ose virusët.

Mikrobet që janë të pranishme në duart e pacientit me infeksion (abscesi, eczema, panariciumi, paronihia) quhen florë infektive.

Bartja e mikrobeve patogjene përmes duarve

Nga lëkura normale gjatë ditës qiten afër 10^6 qeliza skuamoze që përmbajnë mikrobe. Prandaj rrobet, shtrati dhe objektet e tjera në rrethinën e pacientit kontaminohen me florën bakterore të pacientit. Mikrobe dominante të këtij kontaminimi janë sidomos stafilokoket dhe enterokoket, sepse janë më rezistent ndaj tharjes.

Procesi i bartjes së mikrobeve përmes duarve të punëtorëve shëndetësorë kalon nëpër pesë faza:

1. **Mikrobet janë të pranishme në lëkurën e pacientit dhe mjedisin përreth tij.** Mikrobet që japin infeksione spitalore nuk izolohen vetëm nga plagët e infektuara, të cilat përmbajnë numrin më të madh të mikrobeve, por edhe nga lëkura normale. Pjesët më të kontaminuara janë zonat e perineumit, inguinumit, aksilla, trungu dhe gjymtyrët e sipërme. Mikrobet si *S. aureus, Klebsiella spp., Proteus mirabilis dhe Acientobacter spp* mund të jenë prezent në numër prej 100-1.000.000 / cm^2 të lëkurës.

2. **Mikrobet barten në duart e punëtorëve shëndetësorë.** Duart e punëtorëve shëndetësorë mund të kontaminohen me mikroorganizma të ndryshëm gjatë kujdesit rutinor klinik(kontakti i drejtpërdrejtë me pacientin, lidhja e plagëve, vënia e kateterëve, kujdesi respirator dhe kujdesi ndaj sekrecioneve të pacientit). Por, kontaminimi mund të ndodhë edhe gjatë procedurave "të pastra" siç janë: matja e pulsit, matja e tensionit të gjakut, matja e temperaturës, prekja e duarve, krahut ose ijeve të pacientit. Rreziku i kontaminimit varet nga lloji dhe kohëzgjatja e kujdesit të ofruar shëndetësor si dhe nga departamenti(më shpesh në njësi të kujdesit intensiv dhe ato kirurgjike). Vlen të përmendet se kontaminimi i dorëzave është i ngjashëm me kontaminimin e duarve.

3. **Mikrobet mbijetojnë disa minuta në duart e punëtorëve shëndetësorë.** Mikrobet mund të qëndrojnë në duart e

punëtorëve shëndetësorë në kohëzgjatje të ndryshme (zakonisht 2-60 minuta). Por, nëse punëtorët shëndetësorë kanë dermatit të duarve, atëherë kolonizimi mund të zgjasë deri në 3 muaj (p.sh. kolonizimi me *Serratia spp*).

4. **Higjiena joadekuate e duarve dhe antisepsa e punëtorëve shëndetësorë.** Nëse për arsye të ndryshme, punëtorët shëndetësorë nuk i pastrojnë duart me rregull ndërmjet kujdesit për pacientë, ka gjasa reale të ndodhë transferi i mikrobeve. Bartja e unazave dhe thonjve artificialë e rrit frekuencën e kontaminimit me mikrobe patogjene spitalore.

5. **Duart e tyre vijnë në kontakt të drejtpërdrejtë me pacientin tjetër ose me mjedisin dhe përmes tij të mbërrijnë tek pacienti tjetër.** Kjo është faza e fundit në të cilën mbyllet cikli i bartjes së kryqëzuar të mikrobeve në institucionet shëndetësore. Faktorët ndikues të kësaj faze janë lloji i mikrobeve, lagështia e lëkurës dhe madhësia e inokulumit.

Cilat mikrobe mund të barten si rezultat i mangësive në higjienën e duarve?

Bakteret: *Staphylococcus aureus* (përfshirë MRSA), *Streptococcus pyogenes, Enterococcus spp*. rezistent ndaj vankomicinës, *Klebsiella spp, E. coli , Enterobacter spp* që prodhojnë beta llaktamaza me spektër të zgjeruar; *Pseudomonas spp, Clostridium difficile,* etj.

Fungjet:*Candida spp*

Viruset: Rotaviruset , Adenoviruset , Virusi i hepatitit A, Noroviruset .

6. ROLI I HIGJIENËS SË DUARVE NË ULJEN E INFEKSIONEVE SPITALORE

Pas zbulimit të penicilinës dhe përdorimit të gjerë të antibiotikëve, mbizotëroi mendimi se çdo infeksion mund të tejkalohet me ndihmën e antibiotikëve. Kjo ishte arsye që higjiena e duarve u nënvlerësua në atë kohë. Pasi që lufta kundër mikrobeve patogjene nuk mund të fitohet me antibiotikë të rinj, theksi duhet vënë në parandalimin e infeksionit dhe performancën e mirë të higjienës së duarve.

Mikroorganizmat ndodhen kudo brenda institucioneve shëndetësore: në rrethinën e pacientit, në vetë trupin e pacientit si dhe tek punëtorët shëndetësorë. Duart janë vazhdimisht në kontakt me mjedisin e jashtëm. Ato marrin dhe përhapin mikrobe qoftë përmes kontaktit të drejtpërdrejtë apo të tërthortë. Duart e kontaminuara mund të jenë rrugë e rëndësishme e bartjes së mikrobeve patogjene. Nëse nuk pastrohen duart mirë, atëherë mikrobet kanë aftësi të jashtëzakonshme që të mbijetojnë në duart e punëtorëve shëndetësorë me orë të tëra, prandaj kujdes i veçantë duhet t'i kushtohet higjienës së tyre.

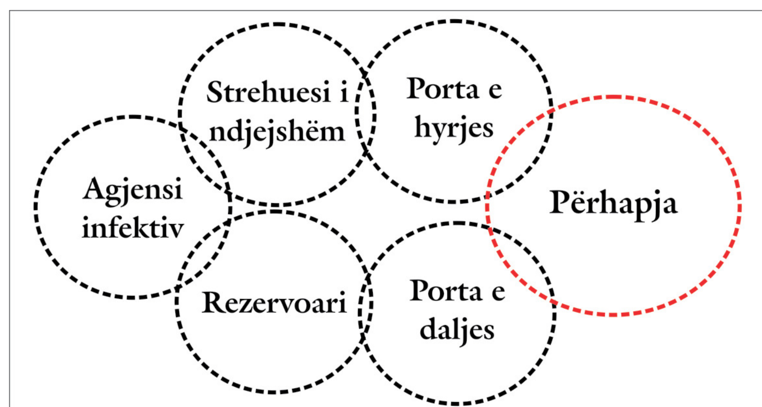
Me qëllim të zvogëlimit të numrit të mikrobeve në trupin e njeriut dhe në mjedisin e jashtëm, aplikohen masa të ndryshme, siç janë dezinfektimi i lëkurës, instrumenteve, sipërfaqeve, rrobave etj. Megjithatë, duart nuk mund të bëhen krejtësisht sterile, por me procedura efikase mund të zvogëlohet numri i mikrobeve të pranishme në to.

Dështimi në përmbushjen e kritereve për higjienë të duarve konsiderohet si shkaktar kryesor i shfaqjes së infeksioneve spitalore, i përhapjes së mikrobeve rezistente dhe shpërthimit të epidemive në mjediset spitalore. Ka shumë dëshmi se përmirësimi i shkallës së higjienës së duarve mund ta ulë shkallën e infeksioneve spitalore, përhapjen e mikrobeve rezistente dhe të kontrollojë epidemitë.

Promovimi i higjienës së duarve ndikon në uljen e infeksioneve spitalore. Si rrjedhojë, higjiena e duarve shpëton jetëra dhe zvogëlon sëmundshmërinë dhe faturën e infeksioneve spitalore. Rritja e kompliansës së higjienës së duarve mund ta rrisë dukshëm sigurinë për pacientit.

Edhe pse në shumë vende janë bërë përmirësime të dukshme në higjienën e duarve, megjithatë në shumë sosh ende nuk ka qasje në ujë të pastër, nuk ka lavabo e peshqirë të mjaftueshëm, nuk ka vetëdijësim e as investime të mjaftueshme për higjienën e duarve.

Në vendet e pazhvilluara shpesh vërehet mbingarkesë me pacientë si dhe numër i pamjaftueshëm i stafit mjekësor, duke e përkeqësuar gjendjen me higjienën adekuate të duarve nëpër këto institucione.



Zinxhiri i infeksionit

Parandalimi i infeksioneve

Parandalimi i infeksioneve si rrjedhojë e kujdesit shëndetësor është i mundshëm vetëm nëse punëtorët shëndetësorë i njohin parimet e zinxhirit të infeksionit dhe masat relevante të parandalimit. Zinxhiri i infeksionit është një model studimi i qarkut fiktiv të mikroorganizmave, të cilët mund të vijnë në kontakt me strehuesin e ndjeshëm (mund të jetë pacient apo punëtor shëndetësor). Veprimi i braktisjes së rezervoarit dhe hyrja në strehuesin e ri, njihet si transmetim dhe përbën një pikë fokale në parandalimin e përhapjes së infeksionit.

Instrumenti që përdoret 24 orë në ditë janë pikërisht duart e punëtorëve shëndetësorë. Bartja e tërthortë e mikroorganizmave në mjediset e kujdesit shëndetësor është e zakonshme dhe ndodh përmes duarve. Njohja e burimeve të infeksionit dhe agjensëve infektivë si dhe rrugët e bartjes së tyre do t'iu mundësojnë punëtorëve shëndetësorë të punojnë të sigurt.

Thyerja e zinxhirit të infeksionit përmes higjienës së duarve

Mjekët dhe infermierët kanë kontakte intenzive me pacientë dhe mund t'i bartin mikroorganizmat përmes duarve ose pajisjeve të kontaminuara. Por, ata nuk janë gjithmonë të vetëdijshëm për rolin thelbësor që e luajnë në zinxhirin e infeksionit. Mangësitë në higjienën e duarve i kontribojnë dukshëm përhapjes së sëmundjeve ngjitëse. Punëtorët shëndetësorë kanë përgjegjësi në thyerjen e zinxhirit të infeksionit. Me veprimin e tyre në higjienën adekuate të duarve nuk iu japin shansë mikrobeve për përhapje nëpër institucionet shëndetësore. Makinat dhe pajisjet teknike mund të mirëmbahen dhe të kontrollohen. Fatkeqësisht, faktori njeri si burim kryesor i kujdesit shëndetësor është pika më e dobët në masat e parandalimit të infeksionit dhe më së vështiri kontrollohet.

Higjiena e duarve luan rol me rëndësi edhe në sigurinë e pacientit. Qëllimi i sigurisë së pacientit është të redukojë rreziqet e shumta që ndërlidhen gjatë kujdesit shëndetësor ndaj pacientit. Siguria e pacientit është një diciplinë e re që fuqizon raportimin, analizën dhe parandalimin e gabimeve mjekësore që shpesh qojnë në përfundime fatale. Një program efikas i higjienës së duarve i kontribuon drejtpërdrejt sigurisë për pacientin.



Higjiena e duarve është e dobishme për pengimin e përhapjes së sëmundjeve edhe në komunitet (në shkolla, çerdhe fëmijësh, shtëpi). Promovimi i higjienës së duarve përmirëson shëndetin e fëmijëve pasi që redukon infeksionet e traktit të sipërm respirator, diarrenë, gripin dhe impetigon.

- Duart luajnë rolin kryesor në bartjen e mikrobeve patogjene
- Higjiena e duarve e ul shkallën e infeksioneve spitalore
- Higjiena e duarve për çdo pacient- 24 orë në ditë, 7 ditë në javë
- Prodhimet me përbërje alkoolike në pikat e kujdesit shëndetësor
- Liderët dhe mjekët duhet të luajnë rolin kryesor
- Dorëzat duhet veshur vetëm për detyra specifike
- Zero tolerancë ndaj aderencës së dobët të higjienës së duarve.

7. SUBSTANCAT DHE PRODHIMET PËR HIGJIENËN E DUARVE

Qëllimi i higjienës së duarve në kujdesin shëndetësor është heqja e ndyrësirave, materieve organike si dhe kontaminimit mikrobik të fituar gjatë kontaktit me pacientin apo mjedisin spitalor. Për realizimin e këtij qëllimi përdoren substanca dhe prodhime të shumta, përzgjedhja e të cilave varet nga shumë faktorë, varësisht se a kërkohet heqja e mikrobeve të florës së përkohshme apo të përhershme të duarve. Punëtorëve shëndetësorë duhet siguruar produkte për higjienën e duarve që nuk dëmtojnë lëkurën e tyre.



Duhet të merren në konsideratë edhe preferencat e punëtorëve shëndetësorë lidhur me tolerancën e lëkurës, aromën dhe dukjen e prodhimeve që do të përdoren për higjienë; ndërveprimin e produkteve për higjienë me llojin e dorëzave që përdoren në institucion; rrezikun e kontaminimit; praninë e dispenzerëve në pikat e kujdesit, kohën e terjes, çmimin e tyre etj.

Uji dhe sapuni

Uji njihet si tretës universal i substancave të ndryshme. Por, ai nuk mund t'i largojë drejtpërdrejt substancat hidrofobike siç janë yndyrnat dhe vajërat, të cilat shpesh hasen në duart e ndyera. Prandaj, ai duhet përdorur bashkë me sapun për shumicën e aktiviteteve rutinore në kujdesin shëndetësor. Pastrimi i duarve me sapun i suspendon mikrobet e florës kalimtare në tretje dhe mundëson heqjen mekanike të mikroorganizmave.

Sapunët janë prodhime me bazë detergjenti që përmbajnë acide yndyrore të ngopura të esterifikuara dhe hidroksid natriumi ose kaliumi. Ata hasen në trajtë të ngurtë e të lëngët. Veprimi i tyre pastrues vjen nga heqja e yndyrnave, ndyrësirës së ngjitur dhe substancave të tjera nga duart. Sapunët e zakonshëm kanë veprim minimal antimikrobik edhe pse mund ta heqin florën e ngjitur kalimtare.

Në institucionet shëndetësore preferohet përdorimi i sapunëve të lëngët të vendosur në dispenzerët e tyre. Ata duhet të montohen në mur dhe të aktivizohen me anë të bërrylit, nyjes së dorës ose me këmbë. Përparësia e përdorimit të sapunit është kostoja e ulët dhe efikasiteti në largimin e florës kalimtare, kurse mangësitë e përdorimit të tij janë kohëzgjatja dhe dëmtimi i lëkurës.

Alkoolet

Higjiena e duarve me ujë dhe sapun sot përdoret vetëm në rastet kur duart janë dukshëm të ndyera dhe në mungesë të burimeve financiare. Përndryshe, në mjekësinë bashkëkohore pastrimi i duarve me përbrës alkoolikë është standard i kujdesit shëndetësor.

Preparatet me përbërës alkoolikë janë alternativë për pastrimin e duarve, me kusht që duart të mos jenë të ndyera. Alkooli nuk është agjent pastrues, prandaj ndryrësirën e dukshme duhet larguar me sapun.

Shumica e prodhimeve me përbërës alkoolikë përmbajnë etanol, isopropanolol dhe n-propanol, apo kombinimin e këtyre

elementeve. Këto prodhime janë 10-100 herë më efikas në shkatërrimin e mikrobeve sesa sapunët e lëngët dezinfektues dhe hasen në formë të tretjeve, gelave dhe shkumave.

Veprimi antimikrobik i alkooleve qëndron në aftësinë e tyre për të denatyruar proteinat. Tretjet alkoolike që përmbajnë 60-80% alkool janë më efikase në higjienën e duarve sesa ato me përqëndrime më të larta të alkooleve. Ky paradoks rezulton nga fakti se proteinat nuk denatyrohen lehtë në mungesë të ujit. Këto prodhime nuk kanë pothuajse kurrfarë veprimi kundrejt sporeve të baktereve dhe cistave të protozoave dhe tregojnë aktivitet të kufizuar ndaj disa virusëve pa mbështjellës.

Efikasiteti i alkooleve varet nga lloji i alkoolit, përqëndrimi, koha e kontaktit, vëllimi etj.



Përparësitë e këtyre preparateve janë: aktiviteti ndaj shumë mikroorganizmave, nuk e dëmtojnë lëkurën, mund të paketohen në kuti të vogla, të përshtatshëm në pikat e kujdesit shëndetësor, mund të përdoren edhe në institucionet e komunitetit. Të metat kryesore: nuk janë agjensë pastrues, janë të ndezshëm, nuk veprojnë ndaj sporeve dhe nuk kanë veprim rezidual.

Substancat e tjera për higjienën e duarve

Klorheksidina. Veprimi i saj lidhet me shkatërrimin e membranave citoplazmike duke rezultuar në precipitimin e përmbajtjes qelizore. Ka veprim të mirë kundër baktereve Gram pozitive, më pak ndaj Gram-negativeve e fungjeve dhe mimimal ndaj mikobaktereve. Veprimi antimikrobik i klorheksidinës nuk ndikohet nga prania e materieve organike, përfshirë edhe gjakun. Klorheksidina ka aktivitet të theksuar rezidual.

Klorksilenoli. Veprimi i tij antimikrobik kryhet përmes inaktivimit të enzimeve bakterore dhe dëmtimit të murit qelizor. Ka veprim të mirë ndaj baktereve Gram pozitive e më pak ndaj baktereve të tjera e viruseve.

Jodi. Molekulat e jodit depërtojnë shpejt në murin qelizor të mikroorganizmave dhe inaktivojnë mikrobet përmes pengimit të sintezës së proteinave dhe dëmtimit të membranës qelizore. Preparatet e jodit kanë veprim baktericid ndaj baktereve Gram pozitive, Gram negative dhe disa baktereve sporogjene. Ato, po ashtu janë efikase edhe kundër mikobaktereve, viruseve dhe fungjeve. Shumica e preparateve të jodit që përdoren për higjienën e duarve, përmbajnë 7.5-10% povidon jod.

Kripërat kuaternare të amonit. Në këtë grup të komponimeve, më së shpeshti përdoren kripërat e alkil benzalkoniumit, benzetonium kloridi, cetrimidi dhe cetilpiridium kloridi. Kripërat kuaternare të amonit parimisht janë bakteriostatikë dhe fungistatikë dhe janë më aktivë ndaj baktereve Gram pozitive sesa ndaj Gram negativeve. Ato kanë veprim të dobët ndaj mikobaktereve, fungjeve dhe ndaj viruseve lipofilike.

Organizata Botërore e Shëndetësisë ka rekomanduar formulat për përgatitjen e produkteve alkoolike për higjienën e duarve.

Formula I

Për të prodhuar përqëndrimin përfundimtar të etanolit 80% v/v, glicerolit 1.45% v/v dhe peroksid hidrogjenit (H_2O_2) 0.125% v/v.

Në një shishe të graduar deri në 1000 ml të qiten:

- a) etanol 96% v/v, 833.3 ml
- b) H_2O_2 3%, 41.7 ml
- c) glicerol 98% ,14.5 ml

Të mbushet shishja deri në 1000 ml me ujë të destiluar ose ujë të vluar, e të ftohur. Shishja tundet mengadalë për ta përzier përmbajtjen.

Formula II

Për të prodhuar përqëndrimin përfundimtar të izopropil alkoolit 75% v/v, glicerol 1.45% v/v, peroksid hidrogjen 0.125% v/v:

Në një shishe të graduar deri në 1000 ml të qiten:

- a) izopropil alkool (me pastërti 99.8%), 751.5 ml
- b) H_2O_2 3%, 41.7 ml
- c) glicerol 98%, 14.5 ml.

Të mbushet shishja deri në 1000 ml me ujë të destiluar ose ujë të vluar, e të ftohur. Shishja tundet mengadalë për ta përzier përmbajtjen.

Për përgatitjen e këtyre tretjeve duhet përdorur vetëm reagjensë cilësorë farmakopoetikë.

Tabela 2. Përmbledhje e vetive të antiseptikëve të përdorur për higjienën e duarve

Antiseptiku	Përqëndrimi tipik	Shpejtësia e veprimit	Aktiviteti rezidual	Përdorimi
Alkoolet	60-70%	Shpejt	Jo	Fërkim i duarve (FD)
Kloroksilenoli	0.5-4%	Ngadalë	Kundërthënës	Pastrim i duarve (PD)
Klorheksidina	0.5-4%	Mesatare	Po	FD, PD
Heksaklorofeni	3%	Ngadalë	Po	PD, por nuk rekomandohet
Jodoforet	0.5-10%	Mesatare	Kundërthënës	PD
Triklosan	0.1-2%	Mesatare	Po	PD, rrallë
Komponimet kuaternare të amonit		Ngadalë	Jo	PD,FD; rrallë

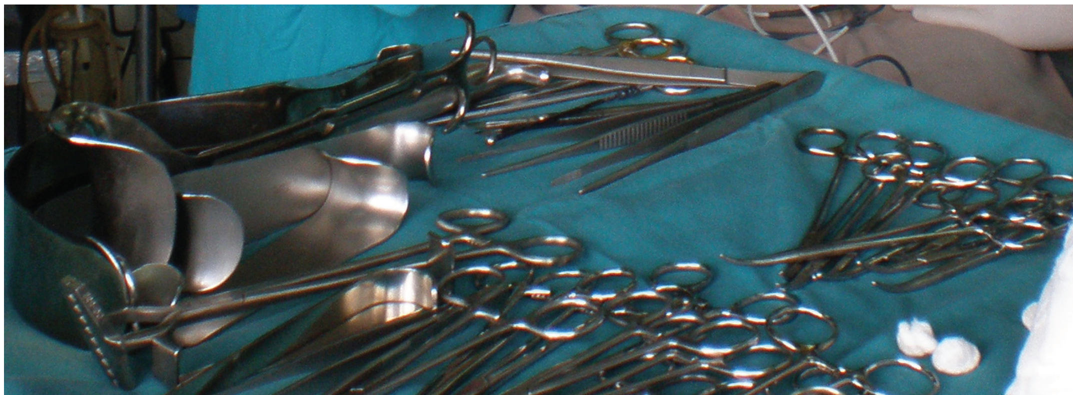
8. REKOMANDIMET PËR HIGJIENËN E DUARVE[1]

Indikacionet për higjienën e duarve

- Duart duhet të pastrohen me ujë dhe sapun nëse janë të ndyera, të kontaminuara me gjak dhe lëngje të tjera trupore.
- Nëse dyshohet ose vërtetohet se ka ekspozim ndaj mikrobeve patogjene që prodhojnë spore, përfshirë shpërthimet e epidemive me *Clostridium difficile,* metoda më e preferuar e higjienës së duarve është me ujë dhe sapun.
- Në të gjitha rastet e tjera të antisepsës rutinore të duarve, nëse ato nuk janë shumë të ndyera metoda e preferuar është fërkimi i duarve me përbërës alkoolikë. Nëse pajisjet e tilla mungojnë në institucionin shëndetësor, atëherë duart duhet pastruar me ujë dhe sapun.

Kur duhet praktikuar higjienën e duarve?

- Para hyrjes në njësi ose repart;
- Para dhe pasi keni prekur pacientin;
- Para përdorimit të pajisjeve invazive në përkujdesjen shëndetësore, pa marrë parasysh a janë përdorur dorëzat apo jo;
- Pas kontaktit me lëngje trupore, sekrete, mukoza, lëkurën e padëmtuar të pacientit apo pas lidhjes së plagëve;
- Nëse lëvizni nga një pjesë e kontaminuar e trupit në pjesën tjetër të trupit gjatë kujdesit për të njejtin pacient;
- Pas heqjes së dorëzave;
- Pas kontaktit me objekte dhe me pajisje mjekësore, të cilat ndodhen në rrethinën e pacientit;
- Para dhe pas buke;
- Pas shfrytëzimit të toaletit dhe pas prekjes së hundëve;
- Duart duhet të teren me letër apo me tharës elektrik.
- Para dhënies së medikacioneve ose përgatitjes së ushqimit, duhet praktikuar higjiena e duarve me përbërës alkoolikë ose të lahen duart me ujë dhe sapun të thjeshtë (ose sapun antimikrobik).
- Sapuni dhe përbërësit alkoolikë për fërkim duarsh nuk bën të përdoren bashkërisht.



1 "Bazuar në Udhëzimet e OBSH për higjienën e duarve në kujdesin shëndetësor, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906_eng.pdf © Organizata Botërore e Shëndetësisë 2009. Të gjitha të drejtat e rezervuara."

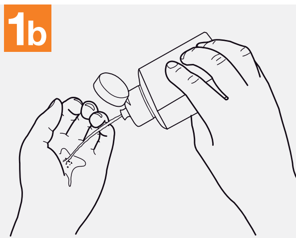
Teknika e higjienës së duarve

Teknika e higjienës së duarve me përbërës alkoolikë

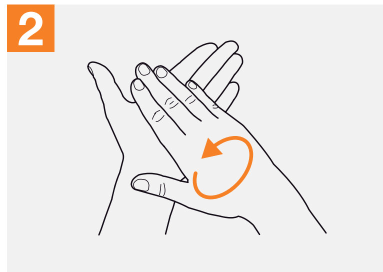


Kohëzgjatja e tërë procedurës: 20-30 sekonda

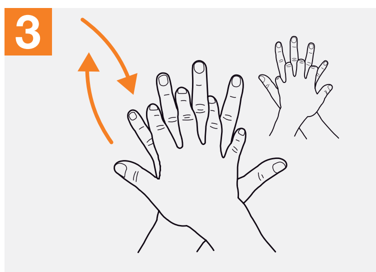




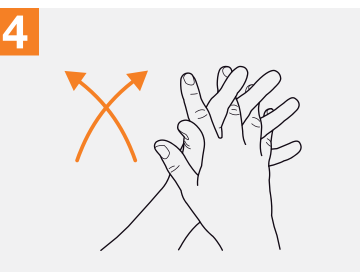
Aplikoni produktin në tërë shuplakën;



Fërkoni duart shuplakë me shuplakë;



Shuplaka e djathtë mbi dorzumin e majtë me gërshëtim të gishtërinjve dhe anasjelltas;



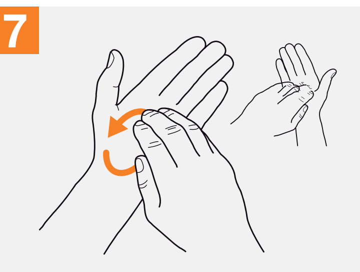
Shuplakë me shuplakë me gishtërinj të gërshetuar;



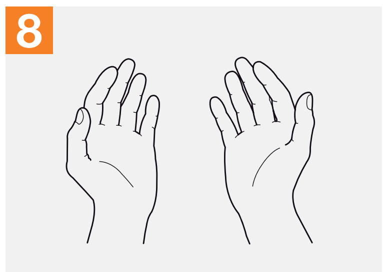
Pjesa e pasme e gishtërinjve në shuplakën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar;



Fërkim rrotullues i gishtit të madh të dorës së majtë të mbërthyer me shuplakën e djathtë dhe anasjelltas;



Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në shuplakën e majtë dhe anasjelltas;

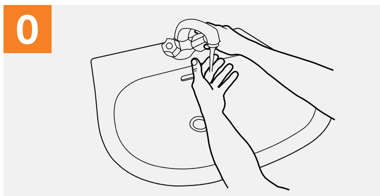


Pasi të teren, duart tuaja janë të sigurta.

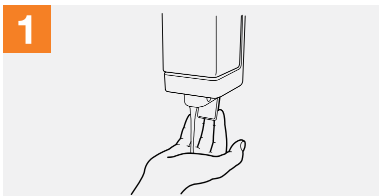
Teknika e higjienës së duarve me sapun dhe ujë



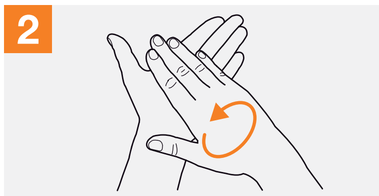
Kohëzgjatja e tërë procedurës: 40-60 sekonda



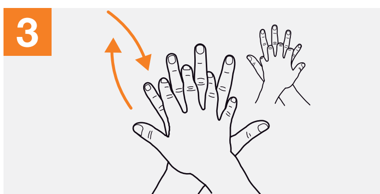
Lagni duart me ujë;



Aplikoni sasi të mjaftueshme të sapunit për të mbuluar tërë sipërfaqen e duarve;



Fërkoni duart shuplakë me shuplakë;



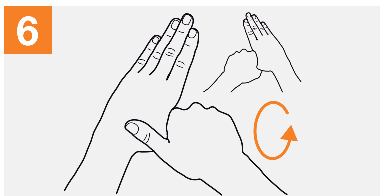
Shuplaka e djathtë mbi dorzumin e majtë me gërshëtim të gishtërinjve dhe anasjelltas;



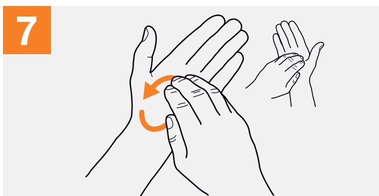
Shuplakë me shuplakë me gishtërinj të gërshetuar;



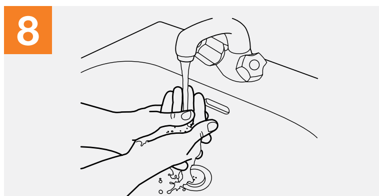
Pjesa e pasme e gishtërinjve në shuplakën përballë, me gishtërinjtë e bashkuar;



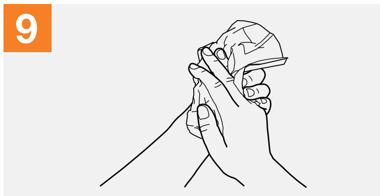
Fërkim rrotullues i gishtit të madh të dorës së majtë të mbërthyer me shuplakën e djathtë dhe anasjelltas;



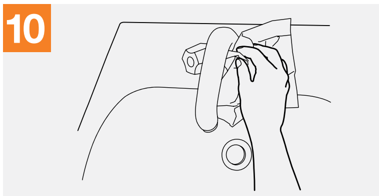
Fërkim rrotullues para, mbrapa me gishtërinj të mbërthyer të dorës së djathtë në shuplakën e majtë dhe anasjelltas;



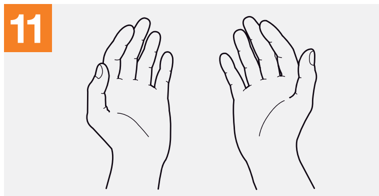
Shpërlani duart me ujë;



Terni duart mirë me një letër për një përdorim;

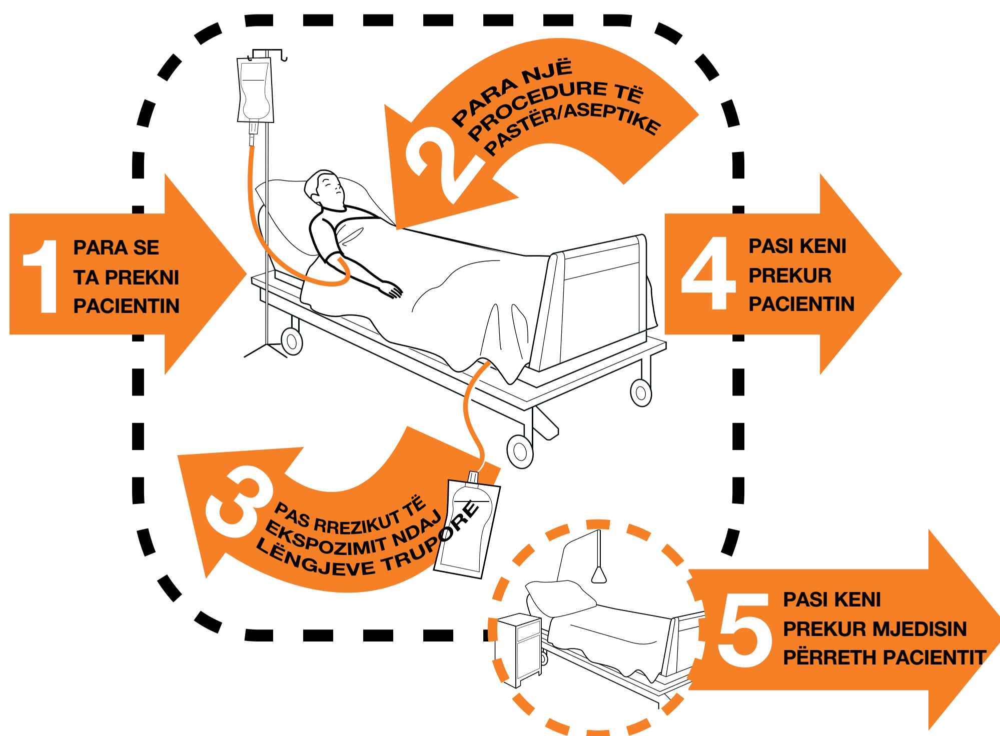


Përdorni letrën për ta mbyllur rubinetin;



Tani duart tuaja janë të sigurta.

5 Momentet Tuaja
për higjienën e duarve



1	PARA SE TA PREKNI PACIENTIN	KUR?	Pastroni duart para se t'i afroheni pacientit
		PSE?	Për ta mbrojtur pacientin prej mikrobeve të dëmshme që mund të ndodhen në duart tuaja.
2	PARA NJË PROCEDURE TË PASTËR/ASEPTIKE	KUR?	Pastroni duart pak para se të kryeni ndonjë procedurë mjekësore të pastër/aseptike.
		PSE?	Për ta penguar depërtimin e mikrobeve të dëmshme në trupin e pacientit (përfshirë edhe mikrobet vetjake të tij).
3	PAS RREZIKUT TË EKSPOZIMIT NDAJ LËNGJEVE TRUPORE	KUR?	Pastroni duart menjëherë pas ekspozimit të rrezikut ndaj lëngjeve trupore (si dhe pas heqjes së dorëzave)
		PSE?	Për ta mbrojtur veten tuaj dhe mjedisin e kujdesit shëndetësor nga mikrobet e dëmshme të pacientit
4	PASI KENI PREKUR PACIENTIN	KUR?	Pastroni duart pas prekjes së pacientit dhe mjedisit përreth tij/saj
		PSE?	Për ta mbrojtur veten tuaj dhe mjedisin e kujdesit shëndetësor nga mikrobet e dëmshme të pacientit
5	PASI KENI PREKUR MJEDISIN PËRRETH PACIENTIT	KUR?	Pastroni duart pas prekjes së çfarëdo objekti ose aparature në mjedisin përreth pacientit
		PSE?	Për ta mbrojtur veten tuaj dhe mjedisin e kujdesit shëndetësor nga mikrobet e dëmshme të pacientit

Rekomandimet për pastrimin kirurgjik të duarve

Pastrimi (dekontaminimi) kirurgjik i duarve zbatohet para ndërhyrjeve kirurgjikale ose procedurave të tjera invazive. Me këtë teknikë parandalohet depërtimi i mikrobeve prej duarve të punëtorëve shëndetësorë (përmes dëmtimit të dorëzave) deri tek indet e pacientit. Qëllimi i kësaj procedure është redukimi i florës bakterore të përhershme dhe heqja e plotë e florës kalimtare nga duart e punëtorëve shëndetësorë.

- Para fillimit të procedurës së antisepsës kirurgjike të duarve të hiqen unazat, ora dhe zingjirët e dorës.
- Ndalohet përdorimi i thonjve artificialë ose lyerja e thonjve.
- Lavabotë duhet të jenë të vendosur asisoj që të redukojnë rrezikun e shfaqjes së stërpikëzave.
- Para hyrjes në sallën e operacionit, nëse duart janë të ndyera, ato paraprakisht duhet të pastrohen me ujë dhe sapun para antisepsës kirurgjike.
- Të lëshohet uji nga qesmja dhe njëkohësisht të hiqet ndyrësira ndërmjet thonjve duke përdorur një pastrues thonjësh;
- Furqat nuk rekomandohen për antisepsën kirurgjike të duarve. Nëse megjithatë përdoren, ato duhet të jenë sterile dhe vetëm për një përdorim.

Pastrimi me sapun antimikrobik

- Fillo matjen e kohës. Pastroni secilën anë të gishtërinjve, hapësirat ndërmjet gishtërinjve dhe shuplakën dhe shpinën e duarve për 2 minuta.
- Vazhdoni me pastrimin e parakrahëve. Gjatë tërë kohës duart duhet të mbahen më lart sesa parakrahët me qëllim të parandalimit të rekontaminimit të duarve.
- Pastroni të dy anët e parakrahëve, prej nyjës së dorës e deri te bërryli, në kohëzgjatje prej 1 minute.
- Përsëriteni procedurën e njejtë në dorën dhe parakrahun tjëtër. Nëse në ndërkohë, prekni ndonjë send me duar, atëherë pastrimi duhet të zgjasë edhe një minutë për pjesën e trupit që është kontaminuar.
- Duart dhe parakrahët duhet të pastrohen për aq kohë sa rekomandohet nga prodhuesi (zakonisht 2-5 minuta).
- Pastroni duart dhe parakrahët duke i përshkuar ato nëpër ujë vetëm në një drejtim, prej gishtërinjve deri te bërryli. Mos e lëvizni krahun para mbrapa nëpër ujë.



- Hyni në sallën e operimit duke i mbajtur duart më lart se bërrylat.
- Gjatë tërë procedurës duhet patur kujdes që uji të mos bie në rrobet kirurgjike.
- Pasi të hyni në sallën e operimit, duart dhe krahët duhet të teren me letër sterile dhe teknikë aseptike e mandej vihen manteli dhe dorëzat.

Pastrimi me përbërës alkoolikë

- Të bëhet antisepsa kirurgjike e duarve me sapun antimikrobik apo me fërkues alkoolik. Preferohet përdorimi i produkteve që mundësojnë aktivitet të qëndrueshëm, para vënies së dorëzave sterile.
- Nëse në sallën e operacionit nuk është siguruar ujë cilësor, atëherë rekomandohet antisepsa kirurgjike me përbërës alkoolikë para vënies së dorëzave sterile gjatë intervenimeve kirurgjikale.
- Nëse për antisepsën e duarve përdoren prodhime për fërkim alkoolik me veprim të qëndrueshëm, atëherë duhet

përmbajtur udhëzimeve të prodhuesit për kohën e aplikimit. Produkti duhet aplikuar vetëm në duart e terura.

- Pas kësaj procedure, duart dhe parakrahët duhet të teren dhe mandej të vihen dorëzat sterile për intervenim kirurgjik.

Kujdesi për lëkurën

- T'u sigurohen punëtorëve shëndetësorë losione dhe kremëra për të ulur në minimum shfaqjen e iritimit të lëkurës dhe shfaqjen e dermatitit kontaktues si rrjedhë e higjienës së duarve;
- Nëse punëtorët shëndetësorë kanë reaksione alergjike si pasojë e përdorimit të produkteve për higjienë të duarve, duhet t'u sigurohen prodhime alternative për higjienë.
- Sapuni dhe prodhimet për fërkim alkoolik nuk duhet të përdoren bashkërisht.

Përdorimi i dorëzave

- Dorëzat duhet të përdoren si masë shtesë e higjienës së duarve dhe jo si zëvendësim për të.
- Dorëzat duhet vënë gjatë përkujdesjes për rastet që parashihen të përcillen me kontakt me gjak dhe material potencial infektiv të pacientit (qelbi, fecesi, sekretet respiratore ose eksudatet e lezioneve të lëkurës).
- Dorëzat sterile vihen tek procedurat me të cilat depërtohet në inde apo zgavrra sterile trupore;
- Pas përkujdesjes për pacientin të hiqen dorëzat dhe të pastrohen duart;
- Nuk rekomandohet ripërdorimi i dorëzave. Megjithatë, nëse resurset janë të kufizuara, dorëzat mund të ripërdoren, por vetëm pas një riprocesimi të sigurt.
- Mos përdorni doréza nëse nuk ka nevojë për to (p.sh. gjatë matjes së shtypjes së gjakut, bisedës telefonike, punës në kompjuter, shkrimit në tabelë etj.).
- Nëse personeli është alergjik në dorëzat e lateksit, atëherë mund të përdoren dorëzat e vinilit, nitrilit, neoprenit apo polietilenit.

Programet edukative dhe motivuese për punëtorët shëndetësorë

Në programet e promovimit të higjienës së duarve për punëtorët shëndetësorë, theksi duhet vënë në faktorët që kanë ndikim kryesor në sjelljen e punëtorëve shëndetësorë, e jo vetëm në llojin e produkteve për higjienën e duarve. Strategjia duhet të jetë multimodale duke përfshirë përkrahjen e personelit me përvojë në zbatimin e kësaj strategjie.

- Edukoni punëtorët shëndetësorë për llojet e aktiviteteve klinike që më shpeshti përcillen me kontaminimin e duarve si dhe me mangësitë dhe përparësitë e metodave të ndryshme të higjienës së duarve.
- Monitoroni aderencën e punëtorëve shëndetësorë me praktikat e higjienës së duarve dhe siguroni prapaveprimin e infromatave.
- Fuqizoni partneritetin ndërmjet pacientëve, familjeve të tyre dhe punëtorëve shëndetësorë për promovimin e higjienës së duarve në institucionet shëndetësorë.

Përgjegjësitë qeveritare e institucionale

Për drejtuesit e institucioneve shëndetësore

- të sigurojnë kushte të përshtatshme për promovimin e strategjisë multimodale të higjienës së duarve dhe të qasjes që promovon një kulturë për sigurinë e pacientit
- t'u sigurojnë punëtorëve shëndetësorë një qasje në furnizim të vazhdueshëm me ujë në të gjitha pikat dhe pajisje të mjaftueshëm për higjienë
- të sigurojë përbërës alkoolikë pranë shtretërve të pacientëve
- përmirësimi i aderencës së higjienës së duarve duhet të jetë një prioritet institucional dhe të ofrojë lidership, përkrahje administrative, financiare për higjienën e duarve dhe aktivitete të tjera të parandalimit dhe kontrollit të infeksioneve

- t'u ofrojnë punëtorëve shëndetësorë kohë të mjaftueshme për trajnim në kontrollin e infeksioneve, përfshirë sesionet e higjienës së duarve
- të sigurojnë se sistemi i furnizimit të ujit është fizikisht i ndarë nga sistemi i drenazhës dhe kanalizmit
- prodhimet për fërkim alkoolik duhet të jenë në përputhje me udhëzimet dhe rregullativat ligjore lokale e nacionale

Për qeveritë

- Përmirësimi i aderencës me higjienën e duarve të bëhet prioritet nacional dhe të sigurohen fonde për zbatimin e programeve duke siguruar monitorim dhe qëndrueshmëri afatgjate të kontrollit të infeksioneve
- Fuqizimi i kapaciteteve për kontroll të infeksioneve në institucionet shëndetësore
- Promovimi i higjienës së duarve edhe në nivel të komunitetit
- Shtytja e institucioneve shëndetësore që ta përdorin higjienën e duarve si indikator të cilësisë së shërbimeve të ofruara shëndetësore.



9. PRAKTIKAT E HIGJIENËS SË DUARVE TEK PUNËTORËT SHËNDETËSORË

Higjiena e duarve konsiderohet nga punëtorët shëndetësorë si detyrë e veçantë dhe e ndarë nga kujdesi shëndetësor. Ajo nuk duhet trajtuar si detyrë shtesë, por si pjesë obligative e kujdesit shëndetësor.

Aderenca e punëtorëve shëndetësorë me rekomandimet e higjienës së duarve është shumë e ulët. Aderenca është më e ulta gjatë fundjavës, mbrëmjes dhe ndërrimit të natës. Mjekët dhe infermieret kanë një aderencë mesatare prej 40% (rangu prej 5-89%). Punëtorët shëndetësorë duket se nënçmojnë rrezikun që u kanoset pacientëve nga moslarja e duarve të tyre. Ka shumë faktorë që janë përgjegjës për shkallën e ulët të aderencës, të cilët janë përmbledhur në vijim. Ndryshimi i botëkuptimeve dhe sjelljeve të punëtorëve shëndetësorë është vendimtar që higjiena e duarve të bëhet standard i lartë për kujdesin shëndetësor.

Pse nuk i lajnë duart punëtorët shëndetësorë?

A. Faktorët e observuar të rrezikut për aderencë të pamjaftueshme

- Puna në njësinë e kujdesit intensiv
- Bartja e dorëzave
- Mbingarkesa me pacientë dhe mungesë e stafit
- Statusi mjek kundrejt atij infermier
- Mungesë e njohurive, përvojës dhe edukimit të punëtorëve shëndetësorë

B. Faktorët e vetëraportimit nga punëtorët shëndetësorë

- Mungesa e sapunit dhe peshqirëve
- Iritimi i lëkurës dhe tharja e saj
- Shumë të zënë me punë dhe kohë e pamjaftueshme
- S'ka rrezik nga infeksioni
- Mungesë e njohurive për protokolet e higjienës së duarve
- Skepticizmi për vlerën e higjienës së duarve

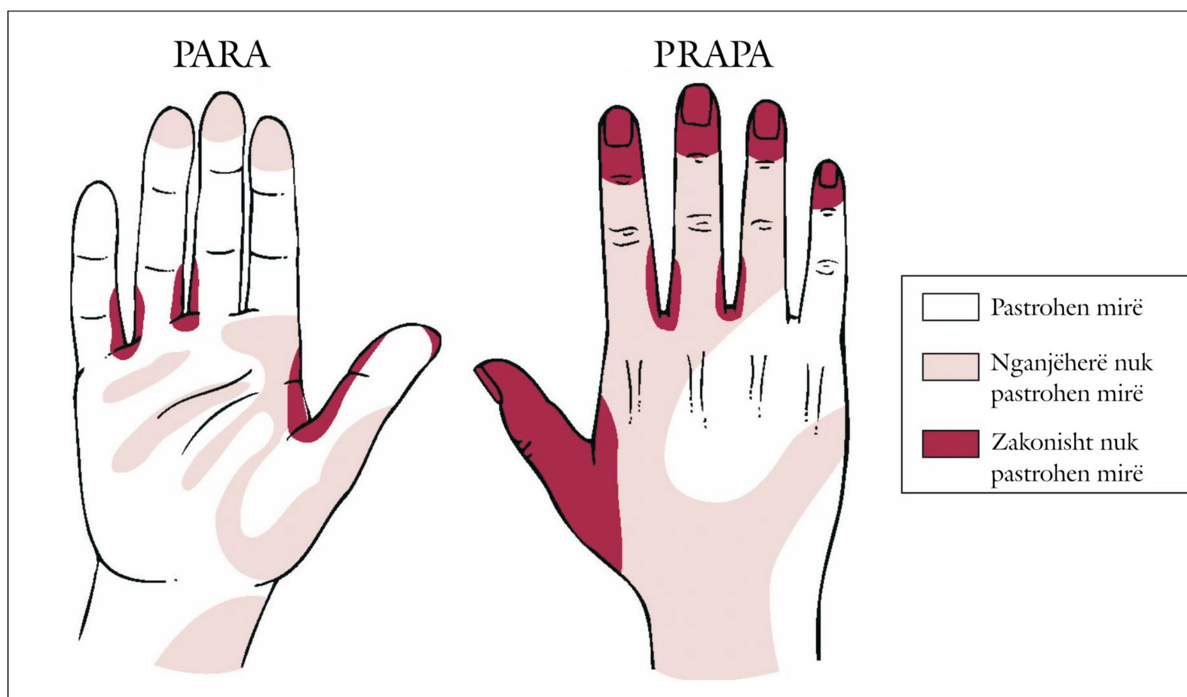
C. Pengesat e tjera shtesë

- Mungesa e pjesëmarrjes aktive në promovimin e higjienës së duarve
- Mungesë e prioritetit institucional për higjienë të duarve
- S'ka dënime për moslarje të duarve
- S'ka klimë të sigurisë institucionale të kujdesit shëndetësor





Duart e infermieres 48 orë pas vënies së duarve të papastra në një terren kultivues



10. STRATEGJITË PËR PROMOVIMIN DHE PËRMIRËSIMIN E HIGJIENËS SË DUARVE

Edukimi i punëtorëve shëndetësorë është vënë në qendër të të gjitha ndryshimeve në përmirësimin e higjienës së duarve. Punëtorët shëndetësorë duhet ta kenë të qartë se higjiena e duarve është miku i tyre më i mirë në mbrojtjen nga sëmundjet ngjitëse.

Strategjitë e promovimit efikas të higjienës së duarve janë dhënë në kutinë e mëposhtme. Rritja e efikasitetit mund të përshpejtohet me kombinimin e disa elementeve të mëposhtme.

Edukimi dhe trajnimi nuk mjaftojnë për t'u siguruar se punëtorët shëndetësorë duhet t'u përmbahen kritereve dhe rekomandimeve për higjienën e duarve. Njerëzit kanë norma të ndryshme personale, qëndrime, sjellje dhe besime. Sjellja është një çështje e ndërlikuar dhe për përmirësimin e aderencës duhet auditimi dhe kontrolli i rregullt. Në dinamikën e sjelljeve të tyre përfshihen shumë faktorë si edukimi, motivimi dhe ndryshimet e sistemit.

Higjiena e duarve është zgjedhje e dobishme dhe kursyese në parandalimin e infeksioneve. Investimi në edukimin e punëtorëve shëndetësorë dhe pajisjet optimale për higjienë të duarve është më i lirë sesa çmimi i infeksioneve spitalore. Përhapja e shpejtë e mikrobeve multirezistente është një realitet. Koha është për përmirësimin e aderencës së higjienës së duarve. Strategjia është vetëm fillimi - në jetën reale matet vetëm rezultati.

Strategjitë e promovimit të suksesshëm të higjienës së duarve në mbrojtjen shëndetësore

- Edukimi i punëtorëve shëndetësorë
- Auditimi rutinor i praktikave të higjienës së duarve dhe informatat kthyese
- Edukimi i pacientëve për higjienën e duarve
- Përkujtuesit për higjienë në vendin e punës
- Masat administrative (shpërblimet dhe dënimet)
- Pjesëmarrja aktive si në nivelin individual ashtu edhe në atë institucional



11. REFERENCAT

Boyce JM, Pittet D. Guideline for hygiene in healthcare settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA Hand Hygiene Task Force. Society for Healthcare Epidemiology of America/Association for Professionals in Infection Control/Infectious Diseases Society of America. Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations and Reports, 2002, 51(RR-16):1–45.

Brown SM et al. Use of an alcohol-based hand rub and quality improvement interventions to improve hand hygiene in a Russian neonatal intensive care unit. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2003, 24:172–179.

Dutch Infection Prevention Guidelines Working Party Infection Prevention (WIP) Hand hygiene for staff, http://www.wip.nl/UK/free_content/Richtlijnen/111Hand%20hygiene.pdf

Ducel G. Prevention of hospital-acquired infections: a practical guide, 2nd ed. Geneva, World Health Organization, 2002.

Duckro AN et al. Transfer of vancomycin-resistant enterococci via health care worker hands. Archives of Internal Medicine, 2005, 165:302–307.

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Microbes Without Borders: Key Facts on Infectious Diseases in Europe, http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=118, 2007

Faria S, Sodano L, Gjata A, Dauri M, Sabato AF, Mertiraj O, Schinaia N; Prevalence Study Group. The first point prevalence survey of nosocomial infections in Albania: pilot study. J Chemother. 2006 Dec;18(6):652-5.

Gopal Rao G et al. Marketing hand hygiene in hospitals – a case study. Journal of Hospital Infection, 2002, 50:42–47.

Hart CA, Kariuki S. Antimicrobial resistance in developing countries. British Medical Journal, 1998, 317:647–650.

IFIC Basic Concepts of Infection Control. Chapter 8 Hand hygiene,http://www.theific.org/basic_concepts/ppt/8.pdf, 2007

Khan MU. Interruption of shigellosis by handwashing. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1982, 76:164–168.

Lam BC, Lee J, Lau YL. Hand hygiene practices in a neonatal intensive care unit: a multimodal intervention and impact on nosocomial infection. Pediatrics, 2004, 114:565–571.

Larson EL et al. An organizational climate intervention associated with increased handwashing and decreased nosocomial infections. International Journal of Behavioral Medicine, 2000, 26:14–22.

Luby SP et al. Effect of handwashing on child health: a randomised controlled trial. The Lancet, 2005, 366:225-33.

MacDonald A et al. Performance feedback of hand hygiene, using alcohol gel as the skin decontaminant, reduces the number of inpatients newly affected by MRSA and antibiotic costs. Journal of Hospital Infection, 2004, 56:56–63.

McDonald et al. SARS in healthcare facilities, Toronto and Taiwan. Emerging Infectious Diseases, 2004, 10:777-81

Ng PC et al. Combined use of alcohol hand rub and gloves reduces the incidence of late onset infection in very low birthweight infants.

Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition, 2004, 89:336–340.

NPSA/PASA Hand Hygiene Project 2004 (http://www. npsa.nhs.uk/cleanyourhands/ resources/documents)

Pessoa-Silva CL et al. Healthcare-associated infections among neonates in Brazil. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:772–777.

Pittet D. Clean hands reduce the burden of disease. The Lancet, 2005, 366:185-7.

Pittet D et al. Effectiveness of a hospital-wide programme to improve compliance with hand hygiene. The Lancet, 2000, 356:1307–1312.

Pittet D et al. Hand hygiene among physicians: performance, beliefs, and perceptions. Annals of Internal Medicine, 2004, 141:1–8.

Pittet D. Improving compliance with hand hygiene in hospitals. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2000,21:381–386.

Pittet D. The Lowbury lecture: behaviour in infection control. Journal of Hospital Infection, 2004, 58:1–13.

Plowman R et al. The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. Journal of Hospital Infection, 2001, 47:198–209.

Raka L. Lowbury lecture- Infection control and limited resources : Searching for the best solutions. Journal of Hospital Infections May 2009;72:292-298

Raymond J, Aujard Y. Nosocomial infections in pediatric patients: a European, multicenter prospective study. European Study Group. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2000, 21:260–263.

Seto WH. Staff compliance with infection control practices: application of behavioural sciences. Journal of Hospital Infection, 1995, 30(Suppl):107–115.

Seto WH et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). The Lancet, 2003, 361:1519-20.

Sohn AH et al. Prevalence of nosocomial infections in neonatal intensive care unit patients: results from the first national point-prevalence survey. Journal of Pediatrics, 2001, 139:821–827.

Shahid NS et al. Hand washing with soap reduces diarrhea and spread of bacterial pathogens in a Bangladesh village. Journal of Diarrhoeal Disease Research, 1996, 14:85–89.

Stanton BF, Clemens JD. An educational intervention for altering water-sanitation behaviors to reduce childhood diarrhea in urban Bangladesh. American Journal of Epidemiology, 1987, 125:292–301.

Starfield B. Is US health really the best in the world? Journal of the Amercian Medical Association, 2000, 284:483–485.

Tikhomirov E. WHO Programme for the Control of Hospital Infections. Chemiotherapia, 1987, 3:148-151

Webster J, Faoagali JL, Cartwright D. Elimination of methicillin-resistant Staphylococcus aureus from a neonatal intensive care unit after hand washing with triclosan. Journal of Paediatrics and Child Health, 1994, 30:59–64.

WHO Guidelineson Hand Hygiene in Health Care, Geneva, World Health Organization, 2009.

Won SP et al. Handwashing program for the prevention of nosocomial infections in a neonatal intensive care unit. Infection Control and Hospital Epidemiology, 2004, 25:742–746.

Zaidi et al. Hospital-acquired neonatal infections in developing countries. The Lancet, 2005, 365: 1175-88.



Katalogimi në botim – **(CIP)**
Biblioteka Kombëtare dhe Universitare e Kosovës

614.89

Higjena e duarve : në kujdesin shëndetësor / Lul Raka...[et al.]. - Prishtinë: [Autoret], 2010. - 29 f.: ilustr. me ngjyra ; 30 cm.

Parathënie : f. VI-VII. - Referencat : f. 28-29

1. Raka, Lul

ISBN 978-9951-8652-2-7

